

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Procedura Aziendale Segnalazione e Gestione degli Eventi avversi e/o Sentinella	Rev. 3/1 Del 04/11/2022 Pagina 12 di 13
---	--	--

SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTO

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per segnalare gli eventi (eventi avversi e quasi eventi) che possono verificarsi durante le attività lavorative.

Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e indesiderabile

Quasi evento (near miss): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente o per l'operatore

2. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive/migliorative per prevenire in futuro il ripetersi di tali eventi e dei relativi rischi.

Pertanto, in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.

3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore e al paziente.

4. Dopo la compilazione la scheda dovrà essere inviata al Risk Manager alla mail: rischioclinico@arnascivico.it

Data della segnalazione: ___ / ___ / ___		Evento Avverso <input type="radio"/>	Quasi Evento (Near Miss) <input type="radio"/>
Livello di gravità dell'evento:			
<input type="checkbox"/> grave (evento che causa morte o danni ed invalidità permanente all'interessato) <input type="checkbox"/> medio (evento che comporta una invalidità temporanea, un aumento dei giorni di degenza) <input type="checkbox"/> lieve (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati) <input type="checkbox"/> nessun danno al paziente			
Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo) _____ <input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Altro _____		
Struttura che segnala	P.O. _____ U.O. _____		
Dati del paziente coinvolto nell'evento	Nome e Cognome _____ N° Cartella _____ Data di nascita: ___ / ___ / ___ Sesso: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Regime di assistenza	<input type="radio"/> ordinario <input type="radio"/> day hospital <input type="radio"/> day service <input type="radio"/> ambulatoriale <input type="radio"/> altro _____		
Circostanze dell'evento	Data ___ / ___ / ___ (se rilevata) ora _____ min _____ Luogo dove si è verificato l'evento _____ Tipo di prestazione/funzione sanitaria (specificare) _____		
Descrizione dell'evento	Documentato in cartella <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		
Persone coinvolte nell'evento	<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Coordinatore <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Paziente <input type="radio"/> Altro _____		



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Fisiologia Nazionale ad Alta Specializzazione

Procedura Aziendale
Segnalazione e Gestione degli Eventi
avversi e/o Sentinella

Rev. 3/1
Del 04/11/2022
Pagina 13 di 13

Trattamenti/indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:

- Ricovero ordinario
- Visita medica
- Medicazioni
- Consulenza specialistica (specificare numero e tipo) _____
- Indagini di laboratorio _____
- Indagini radiologiche: TAC RMN RX ECO Altro _____
- Intervento chirurgico _____
- Ricovero in terapia intensiva
- Trasferimento presso _____
- Altre prestazioni/indagini sanitarie: _____
- Nessun trattamento/indagine sanitaria

L'evento è stato comunicato si no

Se si a:

- Paziente
- Parente
- Altro _____

Fattori che possono aver contribuito all'evento:

Fattori legati al paziente

- Grave infermità
- Non cosciente/scarsamente orientato
- Poca/mancata autonomia
- Barriere linguistiche/culturali
- Non collaborazione terapeutica
- Altro (specificare): _____

Fattori legati al sistema

- Staff inadeguato/insufficiente
- Insufficiente addestramento
- Gruppo nuovo/inesperto
- Elevato turn-over
- Scarsa continuità assistenziale
- Protocollo/procedura inesistente/non chiara
- Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedure
- Mancata/inadeguata comunicazione
- Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
- Insufficienza/inadeguatezza materiale di consumo
- Altro (specificare): _____

Fattori legati al personale

- Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure
- Mancato rispetto procedure
- Inadeguate conoscenze/inesperienza
- Fatica/stress
- Regola non seguita
- Mancata/inesatta lettura di documentazione
- Mancata supervisione
- Mancato coordinamento
- Scarso /assente lavoro di gruppo
- Consenso informato inadeguato
- Altro (specificare): _____

Altri fattori (specificare):

Segnalare possibili azioni preventive/correttive/migliorative: